



Domovy sociálních služeb Litvínov
Příspěvková organizace
Zátiší 177, 435 42 Litvínov - Janov

Vyjádření lékaře o zdravotním stavu žadatele do DSS Litvínov

Žadatel

Příjmení (u žen též rodné) a jméno

.....
Datum a místo narození

.....
Adresa trvalého pobytu, PSČ, obec

Zdravotní pojišťovna žadatele

ZP: _____

Praktický lékař žadatele

MUDr. _____

Adresa: _____

Telefon: _____

Trpí akutní infekční chorobou	ANO	NE	
Je schopen chůze bez pomoci druhé osoby	ANO	NE	
Je upoután na lůžko	ANO	NE	PŘEVÁŽNĚ
Je schopen sebeobsluhy	ANO	NE	ČÁSTEČNĚ
Dispenzarizace:	ANO	NE	OBČAS

Dispenzarizace:

- Plicní
- Diabetologie
- Oční
- Psychiatrie
- Neurologie
- Interna
- Ortopedie
- Chirurgie
- Hematologie
- Alkoholicko-toxikologická poradna
- Jiné: _____

Očkování žadatele	Datum očkování		
COVID – 19 (rozepsat data dávek)	1. dávka: _____	2. dávka: _____	3. posilující dávka: _____
TETANUS	Další očkování:		
PNEUMONIE			
CHŘIPKA			

Diagnózy žadatele (vypište):

Číslo/kód diagnózy	Název diagnózy

Žadatel trpí těmito chorobami		
Tuberkulóza	ANO	NE
Psychóza a psychické poruchy	ANO	NE
Chronický alkoholismus	ANO	NE
Toxikománie	ANO	NE
Infekční choroby	ANO	NE

Je žadatel orientován v oblastech			
Místem	PLNĚ	ČÁSTEČNĚ	NENÍ
Časem	PLNĚ	ČÁSTEČNĚ	NENÍ
Osobou	PLNĚ	ČÁSTEČNĚ	NENÍ
Situací	PLNĚ	ČÁSTEČNĚ	NENÍ

Používá žadatel kompenzační pomůcky	ANO	NE
-------------------------------------	-----	----

Pokud ano, tak jaké: př.: (hole, berle, chodítko, invalidní vozík, naslouchátko aj.)

Inkontinence – trpí žadatel inkontinencí			
ANO		NE	
Pokud ANO označte stupeň			
MOČ	I.	II.	III.
STOLICE	I.	II.	III.

Druh diety žadatele	
<input type="checkbox"/>	Normální
<input type="checkbox"/>	Žlučnicková
<input type="checkbox"/>	Diabetická
<input type="checkbox"/>	Warfarinová
Jiná: _____	

Trpí žadatel poruchou komunikace?	
ANO	NE

Je žadatel schopný života v kolektivním zařízení?	
ANO	NE

Žadatel je schopen jednat o smlouvě a porozumět obsahu smlouvy?	
ANO	NE

Je žadatel schopen podpisu smlouvy?	
ANO	NE

Vaše sdělení nám v případě záporné odpovědi umožní v předstihu připravit smlouvu pro obecní úřad nebo obce s rozšířenou působností, který bude za klienta podle § 91, odst. 6, zákona 108/2006 Sb., o sociálních službách, smlouvu s poskytovatelem sociálních služeb uzavírat.

Doporučuji nabízený druh služby:

Domov pro seniory

Cílovou skupinou této služby jsou: Muži a ženy, kteří dovršili věku 65 let a v důsledku svého zdravotního stavu, snížené soběstačnosti, či jiné nepříznivé sociální situace vyžadují pravidelnou pomoc jiné osoby a kterým tuto pomoc nemůže poskytnout žádná terénní služba nebo osoby blízké.

Tuto službu dle § 91 bodu 3 a § 49 bodu 1 zákona o sociálních službách 108/2006 Sb. a prováděcí vyhlášky č. 505/2006 Sb. § 36 neposkytujeme:

osobám s chronickým duševním onemocněním (např. schizofrenie, etylická demence, Alzheimerova nemoc a jiné typy demence) nebo se závislostí na návykových látkách a osobám, které jsou agresivní vůči sobě a svému okolí.

Do této cílové skupiny proto nepatří osoby, jejichž zdravotní stav vyžaduje poskytnutí ústavní péče ve zdravotnickém zařízení, dále pokud osoba není schopna pobytu v zařízení sociálních služeb z důvodu akutní infekční nemoci, nebo by její chování z důvodu duševní poruchy závažným způsobem narušovalo kolektivní soužití; to neplatí, jde-li o poskytnutí pobytové sociální služby v domově se zvláštním režimem.

Domov se zvláštním režimem pro osoby s Alzheimerovou nemocí a ostatními typy demence.

Muži a ženy, u kterých byla stanovena diagnóza Alzheimerova nemoc nebo jiný typ demence od 55 let věku, kteří v důsledku svého zdravotního stavu vyžadují pravidelnou pomoc jiné osoby a kterým tuto pomoc nemůže poskytnout žádná terénní služba nebo osoby blízké.

Tuto službu dle § 91 bodu 3 a § 49 bodu 1 zákona o sociálních službách 108/2006 Sb. a prováděcí vyhlášky č. 505/2006 Sb. § 36 neposkytujeme:

Osobám závislým na návykových látkách a s jiným typem chronického duševního onemocnění (např. schizofrenie, etylická demence).

Do této cílové skupiny proto nepatří osoby, jejichž zdravotní stav vyžaduje poskytnutí ústavní péče ve zdravotnickém zařízení, dále pokud osoba není schopna pobytu v zařízení sociálních služeb z důvodu akutní infekční nemoci.

V.....

.....

podpis a razítko ošetřujícího lékaře

Dne.....